

丹波市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

丹波市長様

(申請者)

住所 丹波市 町

氏名

FAX・電話 ()

メールアドレス

丹波市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第12条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

派遣区分 (いずれかに○)	手話通訳・遠隔手話通訳 (手話通訳者の現地への派遣が困難な場合)	
	要約筆記 (パソコン・手書き)	
通訳内容		
理由 ※遠隔手話通訳の場合は、病状などを詳しくご記入ください。	〈例〉 感染症疑い (発熱○○℃、体がだるい、息苦しい、味覚や嗅覚がわかりにくい等)	
派遣希望人数	() 名 ※最小派遣希望人数を記入してください。	
派遣対象者	(いずれかに○) 申請者に同じ・申請者以外 (対象者氏名)	
派遣希望日時	年 月 日 ()	
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
派遣場所	名称	
	住所	
	連絡先電話番号	
待ち合わせ時間・場所	時間	午前・午後 時 分 ※通訳開始10分前 ※初診・打ち合わせ・確認などが必要な場合は20分前
	場所	
	その他	

(注) 派遣を希望する日の7日前までに、派遣申請書を提出してください。

《連絡先》 丹波市福祉部障がい福祉課
Tel 88-5262 ・ Fax 88-5283